

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

266

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 mars 1900, à 1 heure

Par M^{lle} T. GUNSBURG

Née à Moïlev (Russie).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉROTOMIE

MÉDIANE ANTÉRIEURE ABDOMINALE OU VAGINALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges } MM. DELENS, professeur.
REMY et LAUNOIS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

266

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A TOUS MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉROTOMIE

médiane antérieure abdominale ou vaginale

INTRODUCTION

En choisissant comme sujet de thèse la contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale, nous sommes loin de l'idée d'introduire en chirurgie un manuel opératoire nouveau.

Mais la question nous a paru si importante, le but si noble, que nous avons cru, qu'il ne sera pas dénué d'intérêt d'apporter quelques observations intéressantes venant à l'appui de l'avantage de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale.

Nous remercions très chaleureusement notre cher maître M. Ricard, professeur agrégé, chirurgien des hôpi-

taux, qui nous a aidé de ses savants conseils et de ses lumières et qui a bien voulu mettre à notre disposition des observations d'une réelle valeur.

Nous adressons l'expression de notre plus respectueuse reconnaissance à notre vénéré maître M. Faisans, et à nos chers maîtres MM. Pinard, Reclus, Barth, Bonnaire qui nous ont enseigné avec un si remarquable talent la véritable clinique, cette science si hérissée de difficultés pour le débutant.

Enfin, nous adressons en particulier tous nos sentiments de reconnaissance et de gratitude à notre vénéré maître et président de thèse M. le professeur Tillaux.

PREMIÈRE PARTIE

Il est généralement admis que les fibromes utérins sont loin d'être toujours une affection bénigne. Et si l'on néglige les accidents les plus habituels : l'hémorrhagie, l'augmentation du volume de la tumeur et le phénomène ordinaire de compression, des complications graves, telles que la phlébite, l'albuminurie, l'occlusion intestinale et la dégénérescence cancéreuse, viennent souvent assombrir le pronostic.

Donc les fibromes doivent être traités et le seul vrai traitement est l'intervention chirurgicale. (Le traitement médical ne donne presque jamais de résultats encourageants).

Le manuel opératoire idéal serait celui qui, en débarrassant la malade de son mal, lui conserverait en même temps l'organe gestateur pour lui réserver la possibilité d'une grossesse ultérieure.

Ce manuel opératoire est l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale.

Au point de vue de la vie génitale de la femme, après cette opération on peut espérer une grossesse ; la muqueuse qu'on ne lacère pas, se remet vite du traumatisme subi par voisinage et devient, après un temps plus ou moins long, apte à favoriser le développement de l'œuf greffé sur un de ses replis.

Nous donnerons plus loin l'observation d'une femme redevenue enceinte un an après l'hystérotomie médiane antérieure abdominale.

Ainsi dans tous les cas où il n'existe pas de lésions concomitantes des annexes, on doit considérer la fécondation comme possible.

Laisser la femme à son rôle procréateur, sauvegarder les intérêts de la société est, sans doute, un but noble, auquel médecins et chirurgiens doivent viser avant tout, quand la vie et la santé de la malade ne sont pas compromises.

Ce but idéal peut être réalisé grâce aux progrès de la chirurgie dans ces derniers temps.

L'opération conservatrice est l'opération d'avenir.

Cette opération sera d'autant plus recommandable, qu'elle facilitera au chirurgien sa tâche de décider les femmes à se faire opérer d'une tumeur qui met la vie en danger.

L'idée d'être hystérectomisées effraie un grand nombre de femmes : elles connaissent ou plutôt elles craignent la déchéance morale qui suit l'hystérectomie totale.

L'opération de choix, ayant pour but de conserver l'utérus, est donc l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale.

L'opération n'est pas indiquée dans tous les cas sans exception : ou bien le fibrome reste stationnaire ou bien il augmente de volume.

Dans le premier cas la femme doit être tenue en observation et examinée deux ou trois fois par an.

On a vu beaucoup de fibromes continuer à se dévelop-

per après la ménopause, et chez d'autres femmes atteintes de fibromyômes, on a observé la continuation des métrorrhagies, jusqu'à l'âge de 63 à 65 ans.

Dans un cas M. Doyen a fait le diagnostic d'un fibrome en voie de dégénérescence maligne parce que les hémorrhagies, disparues à l'époque de la ménopause, s'étaient reproduites à l'âge de 60 ans.

Il s'agissait cependant d'un véritable fibromyôme non dégénéré.

Dans le cas où la tumeur augmente de volume l'opération s'impose.

Si la tumeur est trop volumineuse pour être enlevée par le vagin, c'est à la laparotomie qu'il faudra recourir; mais il faut partir toujours de cette idée que l'opération doit être conservatrice, d'autant plus que, restant une opération exploratrice, elle permettra au chirurgien, en cas de nécessité, de faire l'hystérectomie totale. M. Doyen dans son rapport au congrès d'Amsterdam indique les conditions nécessaires pour chacune de ces deux voies.

« La voie vaginale doit être réservée au cas où elle est plus directe et plus sûre que la voie abdominale ».

En principe tout utérus fibromateux ne dépassant le pubis que de trois travers de doigts peut être attaqué par le vagin.

L'enclavement de la tumeur dans le petit bassin n'est pas une contre-indication lorsqu'il n'existe pas de petites tumeurs latérales haut-situées et susceptibles de s'opposer à la descente de la masse principale.

Les adhérences anciennes consécutives à des poussées de pelvipéritonite ; la présence de tumeurs annexielles volumineuses, hémio ou pyo-salpinx, sont parmi les indications de la voie abdominale.

Toutes les fois que le diagnostic est incertain, lorsque la tumeur paraît adhérente et l'opération vaginale impraticable, à coup sûr il est préférable de faire la laparotomie. Dans le cas où la tumeur dépasse le pubis, on peut faire préparer les instruments pour les deux opérations.

Un cas intéressant et n'ayant pour ainsi dire pas de rapport direct avec l'opération, c'est l'obésité de la femme ; dans ce cas la tumeur est plus facilement attaquable par le vagin.

Il faut, pour que l'observation conservatrice ait sa raison d'être, que la tumeur soit unique, la coque utérine qui la revêt suffisamment épaisse pour ne pas laisser redouter une perforation secondaire, ou l'évolution d'accidents septiques dus à la suppression prolongée de la loge du fibrome.

Ce dernier inconvénient peut être évité par la méthode de notre maître M. Ricard, c'est-à-dire en plaçant un drain à demeure dans la cavité utérine.

Une indication importante pour l'hystérotomie est que la tumeur soit mobile, facilement attaquable et dans le cas où la voie vaginale est indiquée, il faut que le canal vulvo-vaginal soit large.

MM. Quénu, Second et Doyen donnent comme limite justifiable de l'hystérotomie vaginale, une ligne ne dépassant pas trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Par conséquent, si toutes les conditions énumérées sont réunies, l'hystérectomie médiane antérieure vaginale sera une opération de choix, dans le cas contraire c'est à la laparotomie qu'il faudra avoir recours.

HISTORIQUE

L'extirpation des fibromes de l'utérus n'est entrée dans le domaine de la chirurgie qu'avec Amussat en 1840. Le mémoire d'Amussat est la première étude remarquable des fibromes de l'utérus, extirpés par le vagin.

Déjà entrevu par Chassaignac en 1833 qui recommandait l'ablation par tranches et le videment des polypes volumineux, le morcellement fut appliqué pour la première fois avec méthode à l'ablation des gros fibromes interstitiels par Amussat. Les deux premières tumeurs extirpées par Amussat pesaient 338 et 448 grammes, leur volume était celui d'un œuf d'autruche.

Le manuel opératoire : incision libératrice sur le col, bascule en avant, section médiane, et dévidement de la tumeur qui était extraite en 2 moitiés entr'ouvertes ; les précautions destinées à éviter l'ouverture de la séreuse, la blessure de l'artère utérine ou de la vessie, la perforation et l'inversion de l'utérus, telles sont les grandes lignes de l'opération d'Amussat.

Le traitement post-opératoire recommandé était l'irrigation vaginale continue et *bien faite*.

Les succès des premières opérations d'Amussat furent suivis de nombreux échecs. Et, l'extirpation des fibromes intra-utérins par la voie vaginale tomba dans le discrédit.

Lisfranc en 1843 ne préconisait guère que l'énucléation

avec les doigts ou la spatule, des petits fibromes facilement accessibles.

L'ablation des gros polypes pédiculés à l'écraseur et au serre-nœud, était fréquemment suivie d'une septicémie mortelle, et les chirurgiens les plus hardis se contentaient de favoriser l'élimination spontanée de la tumeur par le vagin, en incisant la muqueuse et en débriquant le fibrome de manière à en déterminer le sphacèle.

L'opération d'Amussat abandonnée en France, fut introduite en Amérique par Atlée en 1853, en Angleterre en 1862 par Beker Brownen, en Allemagne par Langenbeck.

Depuis l'échec qu'a subi le manuel opératoire d'Amussat jusqu'à ces derniers temps, le manuel opératoire préconisé par Péan était le seul appliqué ; car les nombreuses modifications qu'ont apportées les chirurgiens tant en France qu'à l'étranger dans le manuel opératoire et les instruments employés primitivement par Péan, ne changent nullement le caractère fondamental de la méthode qui a toujours été d'attaquer le fibrome par la section bilatérale du col, et ne doivent pas être considérées par conséquent comme des opérations différentes dans leur essence de celle de Péan.

C'est à la suite de la publicité donnée par M. Doyen à son opération aux divers congrès de chirurgie et de gynécologie, c'est aussi grâce aux travaux de publicité de M. Quénu, que l'idée vient à plusieurs chirurgiens presque simultanément d'appliquer au traitement de certains fibromes sous-muqueux de l'utérus, tels que les définit M. Pozzi, ce premier temps de l'hystérectomie totale va-

ginale médiane du col et de l'employer de propos délibéré comme opération de choix.

Depuis cette époque l'opération a été recommandée par divers chirurgiens ; par notre maître M. Ricard, par MM. Sebileau, Second, Schwartz et d'autres.

Atlée tenta avec succès en 1844 l'ablation par la laparotomie d'un fibrome pédiculé. Quelques opérations analogues furent pratiquées vers cette époque avec de nombreux insuccès.

Martin préconisait encore en 1890 l'énucléation abdominale de fibromyômes qu'il avait pratiquée un grand nombre de fois depuis sa communication au congrès de Cassel en 1878.

Martin ne redoutait pas l'ouverture de la cavité utérine.

Dès que le fibrome était énucléé, il fermait la plaie utérine par une suture au catgut.

Il n'extirpait les annexes que s'il existait dans l'épaisseur du tissu utérin d'autres fibromes d'un abord difficile. L'énucléation des gros fibromyômes sous-muqueux avec suture de l'utérus était très analogue à l'opération césarienne qui fut réhabilitée par Saenger, Freund, Berekowsky, Bouilly ont incisé l'utérus comme s'il s'agissait d'une opération césarienne, et extrait le fibrome à travers les lèvres de leur incision utérine.

En France c'est surtout M. Temoïn qui se fait le défenseur convaincu de l'énucléation de fibromes après incision de la paroi utérine. M. Ricard a eu à pratiquer trois fois cette opération.

DÉFINITION

Voici comment M. Gannat dans sa thèse définit l'hystérotomie médiane antérieure vaginale et comment nous l'envisageons nous-même : L'hystérotomie médiane antérieure vaginale est la section de la face antérieure du col de l'utérus.

Cette incision peut être limitée à la région du col ou bien s'étendre plus ou moins loin au corps de l'utérus suivant le siège de la tumeur, sans cependant dépasser certaines limites que nous indiquerons ultérieurement.

L'hystérotomie abdominale médiane antérieure est l'incision après une laparotomie de la paroi antérieure de l'utérus. C'est une opération césarienne sur un utérus non gravide.

DEUXIÈME PARTIE

DESCRIPTION

Il y a quatre catégories de fibromes utérins justiciables de l'opération conservatrice.

1° *Polypes de l'utérus*.— L'ablation des fibromes pédiculés est une opération très simple.

La tumeur est saisie avec une forte pince à griffe. Le pédicule est reconnu avec l'index et sectionné avec le ciseau. Si le pédicule est court et large, il est prudent de n'inciser que la muqueuse et d'énuccléer le fibrome avec les doigts ou des ciseaux courbes employés comme une spatule.

Il peut arriver que le fibrome expulsé de la cavité utérine soit assez volumineux pour ne pas pouvoir franchir la vulve. Le pédicule est souvent si petit qu'il se rompt à la moindre tentative de rotation de la tumeur.

Deux écarteurs sont placés à la vulve et la tumeur est perforée par un puissant tire-bouchon. Si son extraction est impossible, il faut procéder au morcellement.

Le tire-bouchon est enlevé, et la tumeur est perforée dans plusieurs directions à partir de son pôle inférieur avec un tube tranchant de gros diamètre. Les cylindres ainsi débités sont extraits avec une pince gouge et le fibrome est saisi entre les mors d'une pince à griffe dont

une branche est implantée dans l'orifice qui vient d'être pratiqué avec le tube tranchant, et l'autre branche à sa surface antérieure.

Une double section divergente à droite et à gauche du point de préhension de la pince, suivie de deux sections convergentes, détache un fragment losangique. Le morcellement est continué et la tumeur, dès que son volume est suffisamment réduit, bascule entr'ouverte et s'engage dans la vulve. C'est le moment d'implanter au point le plus accessible du pôle supérieur l'érigne hélicoïde, et la masse terminale est extraite après quelques tractions.

2° Morcellement et énucléation des fibromes intersti-
tiels. — Deux cas peuvent se présenter :

1° ou bien le col est déjà dilaté et permet l'introduction des écarteurs.

2° ou bien l'effacement du canal cervical est encore incomplet.

Dans le premier cas, deux larges écarteurs sont introduits en avant et en arrière entre le fibrome et la paroi utérine, et le morcellement est pratiqué par perforation avec un tube tranchant et par extirpation des losanges successifs, taillés à la surface de la tumeur.

Dès que l'un des V, taillé successivement en avant, à droite et à gauche puis en arrière, vient faire saillie à la vulve, l'index est introduit entre le fibrome et l'utérus et isole la tumeur aussi loin que possible de sa coque celluleuse.

Lorsque le volume du fibrome est suffisamment réduit, la masse terminale est extraite avec le tire-bouchon.

2° Si le col est insuffisamment entr'ouvert, il est néces-

saire de le sectionner pour aborder librement la tumeur.

Nous empruntons à M. Schwartz la description de la section antérieure du col de l'utérus, telle qu'il l'explique dans son article de la *Semaine Gynécologique* du 24 novembre 1896.

«Après dilatation préventive du col de l'utérus à l'aide de lamineaires appliqués pendant 48 heures nous permettant, après dilatation rapide à l'aide de dilatateurs d'Hegar, de pratiquer le toucher intra-utérin et de nous convaincre s'il s'agissait bien de polype fibreux et non d'un épithélioma, la femme étant anesthésiée par le chloroforme, le col fut saisi à l'aide de deux pinces latérales et abaissé au maximum.

Deux valves, l'une extérieure, l'autre postérieure, écartent les parois vaginales et mettent bien à jour le champ opératoire. Dans un premier temps, nous incisons rapidement la demi-circonférence antérieure du vagin à son insertion sur le col, dépassant un peu en arrière la ligne d'implantation des ligaments larges ; cette incision, faite presque sur le tissu utérin, nous permet de décoller la vessie sur une étendue plus ou moins grande, elle est relevée à l'aide de la valve antérieure ; muni des ciseaux droits, nous coupons la paroi antérieure du col sur la ligne médiane ; des pinces appliqués sur chacune des lèvres nous permettent de les écarter, nous excisons ainsi coup par coup toute la paroi antérieure jusqu'à ce que nous pénétrions facilement dans le corps de l'utérus, et que nous ayons la tumeur sous les yeux ; s'il a fallu décoller plus haut la paroi antérieure du vagin, nous évitons autant que possible l'ouverture du cul-de-sac péritonéal

antérieur, tout en ne la craignant pas, si par exemple, le jour ne nous suffisait pas.

Une fois la tumeur saisie avec une pince, le doigt introduit dans la cavité du corps, se rend compte de la situation exacte du pédicule, de son insertion qui est sectionné à l'aide de ciseaux courbes introduits le long du doigt comme guide. Si le polype est trop volumineux pour passer d'un morceau dans la filière qui lui est ouverte, rien n'est plus facile que de le morceler, et de n'atteindre son insertion qu'une fois débarrassé du gros de la tumeur.

Si, au lieu d'un pédicule, il y a une large base d'implantation, le doigt arrive facilement à produire une brèche et à énucléer ensuite.

Deux écueils sont à éviter pendant ces manœuvres, et d'abord l'inversion du fond de l'utérus lorsque le polype s'insère très haut dans la matrice, ensuite la perforation de celle-ci. On y échappera facilement, pour peu que l'on songe à la possibilité de ces accidents, que l'on procède lentement et méthodiquement.

Lorsque l'utérus aura été débarrassé de son contenu, que faut-il faire ? laisser la brèche, ou reconstituer le col et le vagin dans leur intégrité ?

Nous sommes partisan de cette dernière manière d'agir. Rien n'est plus facile, après avoir tamponné mollement à la gaze iodoformée, après avoir curetté la muqueuse si elle est malade, puis tamponné définitivement, que de fermer par quelques points de suture à la soie ou au catgut la cavité utérine, et de placer quelques fils entre le col désinséré et le vagin.

Un tamponnement du vagin applique les surfaces les

unes sous les autres et aboutit à une réunion immédiate si les précautions antiseptiques ont été bien prises. »

Cette opération dérive du procédé de l'hystérectomie vaginale par suture médiane antérieure, tel que la pratique M. Doyen. C'est la facilité avec laquelle, sans aucune hémostase préventive, on arrive à ouvrir et à explorer largement le corps de l'utérus, qui a poussé probablement M. Schwartz et beaucoup d'autres chirurgiens à utiliser la section médiane antérieure.

3° *Les fibromes sous-séreux pédiculés.*

L'ablation de ces tumeurs est aujourd'hui très simple :

Le pédicule, s'il est étroit, est lié à la soie ; s'il est très vasculaire, il est étreint par un fil élastique ; le fibrome est extirpé.

On pratique alors l'évidement du pédicule au thermocautère, puis on remplace la ligature élastique par une ligature de soie ou de catgut.

4° *Les fibromes sous-muqueux* sont extirpés par la voie vaginale, en employant le procédé de M. Schwartz, que nous venons de décrire, ou par la voie abdominale en employant le procédé de MM. Ricard, Martin, Nagel et beaucoup d'autres chirurgiens.

Voci comment procède M. Ricard :

« Après laparotomie sur le plan incliné, l'utérus étant sorti du petit bassin et bien isolé par des compresses, M. Ricard incise en général sur la ligne médiane, à moins de saillie trop nette du fibrome, en un point qui est alors à choisir. M. Ricard donne à l'incision une étendue proportionnelle aux dimensions du fibrome qu'on met à nu, ouvrant ou n'ouvrant pas d'emblée la cavité utérine, allant

droit jusqu'au fibrome. Si la cavité utérine est ouverte, avant d'attaquer le fibrome, les lèvres de la plaie étant maintenues béantes, on essuie la cavité utérine à l'aide de compresses aseptiques, et l'on pratique le curettage soigné. Si l'énucléation du fibrome peut être faite avant d'ouvrir la cavité utérine, on ne pratique son nettoyage qu'après. Mais dans tous les cas, il faut que la cavité utérine soit ouverte, nettoyée, pour permettre le drainage utéro-vaginal de la loge utéro-fibromateuse. Le curettage fini, M. Ricard pratique, du corps vers le col, la dilatation large et extemporanée de l'orifice interne du col, et l'on place un drain rigide largement perforé, de la loge du fibrome à travers l'utérus jusqu'au vagin dont un pansement maintiendra l'asepsie.

Cela fait on surjette l'utérus au catgut, en général en un seul plan, on complète s'il est nécessaire, par quelques points de sutures séparés, l'affrontement séreux. Cette suture sur les parois flasques d'un utérus aminci est des plus faciles. Il est curieux de constater, dès la fin de l'opération, combien l'utérus est déjà revenu sur lui-même, et a déjà perdu une grande partie de son volume.

Obs. I (personnelle).

Madame F..., 29 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, toujours bien réglée.

Les règles duraient de 4 à 5 jours, pas trop abondantes, légèrement douloureuses. Mariée à 20 ans. Premier accouchement à 21 ans en 1887, à la clinique d'Assas, d'un garçon se

présentant par le siège. Travail très laborieux. On est obligé d'endormir la malade pour terminer l'accouchement.

Déchirure du périnée.

Quinze jours après l'accouchement, elle quitte la clinique, bien portante.

En 1888, fausse couche de 4 mois.

En 1889, fausse couche de 5 mois.

En 1890, accouchement à terme à Lariboisière d'un garçon par le sommet. L'accouchement se passe normalement.

En 1893, fausse couche de 6 mois.

Le père est le même pour toutes les grossesses.

Depuis sa dernière fausse couche la malade a des pertes continuelles. Leucorrhée abondante.

Elle souffre horriblement dans le bas-ventre, devient anémique au dernier degré, incapable au travail. Cet état de santé la décide d'entrer le 20 septembre 1895 à l'hôpital Necker dans le service de M. Le Dentu, qui a été remplacé à cette époque par notre maître M. Ricard.

Opération le 29 septembre.

Anesthésie. Ether. Plan incliné. Laparatomie.

Incision médiane de l'utérus, mise à nu de la tumeur, qui plonge dans la cavité utérine. La tumeur est enlevée et la cavité utérine curettée avec soin. Un gros drain est poussé de haut en bas à travers l'utérus jusque dans le vagin, le bout du drain est inclus dans la cavité utérine. La paroi utérine est fermée par un surjet de catgut qui prend toute leur épaisseur. Un drain est placé dans le col du sac vésico-utérin et sort par la partie inférieure de la plaie abdominale qui est suturée en un seul plan. Suites opératoires parfaites. Le drain abdominal est resté deux jours, le drain utérin est laissé pendant une semaine.

Le 20 octobre. — La malade quitte l'hôpital. Son état de santé est très bon.

En 1896 elle vient accoucher à la clinique Baudelocque. Elle entre le 20 janvier à minuit et accouche à 7 h. 10 minutes du matin d'un garçon venu par le sommet et pesant 3700 grammes. La délivrance fut faite par extraction simple, 35 minutes après l'expulsion de l'enfant.

Le 29. — La malade quitte la clinique en très bon état de santé.

Nous avons pu la retrouver le mois dernier à Montrouge où elle est marchande de vin.

Elle se porte très bien. Quant à l'enfant né après l'hystérotomie c'est un superbe garçon de 4 ans.

Obs. II (inédite). — Due à l'obligeance de M. Ricard.

Fibrome interstitiel unique, extirpation par hystérotomie, guérison.

Mlle C..., de Ch. est adressée en août 1898 au Dr Ricard pour des métrorrhagies, dues à la présence d'un fibrome utérin.

C'est une grande femme pâle, anémiée et maigre, âgée de 26 ans. Comme trouble unique elle accuse des règles abondantes et prolongées depuis plus d'une année et une véritable métrorrhagie persistante depuis deux mois. Le toucher fait reconnaître un fibrome, régulièrement ovoïde, mobile et indolent.

Une intervention est décidée et pratiquée chez les sœurs dans la rue de Sèvres. L'âge jeune de la malade doit faire tenter la myomectomie avec conservation de l'utérus si la tumeur est unique et si après son extirpation l'utérus peut être suffisamment restauré dans sa forme.

Après laparatomie l'utérus étant attiré en haut et en avant à

travers les lèvres de la plaie abdominale, une longue incision médiane faite sur la tumeur ouvre d'abord la cavité utérine qui est de suite essuyée et curettée.

L'incision est alors portée sur la paroi postérieure de cette cavité utérine et tombe de suite sur le tissu blanc et dur du fibrome qui est morcellé et finalement énuclée. Il présente un volume supérieur à deux forts poings d'adulte.

Les parois de la loge qu'il occupait sont surjettées au catgut. La cavité utérine est dilatée de haut en bas du corps vers le col, et un gros drain est placé dans la cavité utérine et sort par le vagin désinfecté préalablement avant l'opération. La plaie utérine est fermée avec 6 fils de catgut à points séparés après qu'on se fut assuré qu'il n'existait aucun autre fibrome. La paroi abdominale est fermée en un seul plan sans drainage abdominal.

Suites opératoires normales, sauf un léger écoulement sanguin par l'orifice vaginal ; pas de température.

Le 23^e jour la malade regagne son pays.

Depuis ses règles, ont été régulières comme durée, date d'apparition et quantité de sang écoulé.

La santé générale est devenue parfaite. Elle s'est mariée en novembre 1899. Jusqu'à présent aucune nouvelle de grossesse n'est parvenue à M. Ricard.

Obs. III. — Prise à l'Hôpital Saint-Louis salle Cloquet.

Mme Ch., 27 ans, domestique.

Antécédents personnels. — Régliée à 16 ans régulièrement.

Accouchement normal il y a 5 ans.

Maladie actuelle. — Début semble remonter à 18 mois, époque

à laquelle la malade commence à souffrir dans le ventre sur la ligne médiane.

Depuis elle continue de souffrir surtout lorsqu'elle est obligée de rester debout.

Depuis trois mois elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume et depuis ses règles, normales jusqu'alors, sont devenues plus abondantes. Les petites hémorrhagies ont augmenté et sont devenues continues.

Leucorrhée.

Examen. — Malade affaiblie, un peu pâle mais ayant malgré tout un bon état général

Au toucher col normal.

Utérus fibromateux remontant à un travers de main au dessus de la symphise, non douloureux, peu mobile.

Depuis quelque temps la malade urine difficilement. Constipation. Pas de douleurs très accentuées à son entrée à l'hôpital, mais sensation de pesanteur.

Opération. — Laparatomie. Dès l'ouverture du péritoine on tombe sur la tumeur qui est du volume d'un poing d'adulte.

L'hystérotomie médiane, énucléation de la tumeur qui est pourtant assez mal encapsulée, et suture de l'utérus au catgut après passage d'un drain qui assurera le drainage par le vagin. Réunion de la paroi au fil d'argent.

Suites opératoires. — Pas de réaction fébrile le soir. Injection du sérum.

Le lendemain fièvre ascendante qui oblige le troisième jour à faire enlever un point de suture ; issue d'un peu de sang.

La fièvre tombe. Après 48 heures ablation du drain abdominal.

Au 8^e jour les fils de la paroi sont enlevés.

Pas de suppuration. Bonne réunion, ablation du drain utéro-vaginal.

Vers le 17^e jour, légère élévation thermique.

Le pansement est enlevé. Nouveau drainage et pansements quotidiens. La suppuration est tarie très vite et le 6 avril la malade examinée va très bien, mais conserve encore une fistulette qui retarde sa sortie.

Obs. IV. — Prise à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet.

Madame V... 45 ans, modiste. Entrée le 10 octobre 1899.

Antécédents personnels. — Depuis trois ans leucorrhée abondante.

Les règles durent de six à huit jours. Dans l'intervalle, la malade perd du sang en petite quantité pendant deux ou trois jours par mois.

Le ventre a augmenté de volume surtout dans ces derniers temps. Pas de douleur. Au toucher l'utérus est volumineux et dur, son fond est à mi-chemin de l'ombilic et du pubis.

Opération le 16 octobre. Ethérisation.

Laparotomie. Incision du tissu utérin. On arrive rapidement sur le fibrome que l'on énuclée.

Il est de la grosseur d'un poing. La cavité utérine semble ne pas avoir été ouverte.

Suture de l'utérus au catgut en un seul plan.

Suture de la paroi aux fils d'argent.

Suites opératoires excellentes. Aucune ascension thermique.

La malade quitte l'hôpital le vingt-et-unième jour.

Obs. V. — Prise à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet.

Madame E... 39 ans. Opérée le 11 juillet 1899.

Polype intra-utérin. Ménorrhagie depuis 4 ans et métrorrhagies depuis deux ans.

Bon état général malgré l'anémie et l'amaigrissement de la malade.

Examen. — Au toucher on sent que l'utérus est un peu gros, le col entr'ouvert, permet l'introduction de l'index qui arrive sur le polype du volume d'une petite mandarine.

Opération (Éthérisation).

Incision transversale de la muqueuse du col et décollement de la vessie pour l'ouverture du cul-de-sac antérieur absolument comme au premier temps de l'hystérectomie vaginale. Puis hystérotomie médiane antérieure sur toute la hauteur du col, ce qui permet d'aller saisir le polype qui s'abaisse et s'enuclée après incision circulaire de la muqueuse utérine qui la recouvre.

Suture de l'incision utérine au catgut.

Suites opératoires excellentes, pas de fièvre, le malade se lève au dixième jour.

Obs. VI. — Prise dans le *Centralblatt für gynecologie* de 1886 par M. le Dr Nagel.

Mme K... 55 ans, a depuis 1870 des métrorrhagies.

Depuis deux ans à peu près elle a, dans les intervalles de ses règles, un écoulement nauséabond qui a beaucoup augmenté dans les six derniers mois.

Premières règles à l'âge de 14 ans. Bien réglée toutes les 4 semaines.

Les dernières règles datant du mois d'août 1884.

Le 7 juillet a lieu le premier examen sous chloroforme qui donne le résultat suivant :

Derrière la paroi abdominale chargée de graisse, on trouve une tumeur globuleuse dure, qui remonte au-dessus de l'ombilic, et à travers l'orifice hyménéal le doigt arrive sur une tumeur lisse.

Le passage très étroit empêche l'examen plus complet et on ne peut pas atteindre le sommet de la tumeur.

Un liquide purulent et fétide s'écoule de l'utérus en grande quantité.

Après une désinfection répétée trois fois, après tous les soins de propreté qui sont habituels depuis des longues années dans l'établissement, l'opération a eu lieu le 10 juillet 1886.

La paroi abdominale antérieure fut incisée sur la ligne médiane et les artères saignantes prises avec des pinces hémostatiques de Péan.

Les intestins enveloppés avec des compresses phéniquées.

L'utérus apparu à travers l'incision se laisse attirer fortement en avant, sans pinces. On incise le fond et la paroi antérieure. La plaie saigne peu; de la cavité utérine ainsi ouverte s'échappe un liquide purulent. L'incision est agrandie en bas et les deux bords saisis avec des pinces; la tumeur, qui apparaît, est également saisie avec des pinces de Museux et attirée en avant. On dilacère la muqueuse avec les doigts et la tumeur est énucléée. Hémorrhagie insignifiante.

Après une désinfection soigneuse de la loge, après un raclage de la muqueuse et un drainage par le vagin, les parois sont cousues avec des fils de soie.

Le corps de l'utérus se rétracte dans le segment inférieur quoiqu'il n'y ait pas de contractions utérines perceptibles, mais à cause d'une infiltration dans le parametrium, l'utérus ne s'abaisse pas tout-à-fait dans le petit bassin, l'hémorrhagie

est arrêtée par quelques ligatures et les intestins réintégrés dans la cavité abdominale.

L'opérateur s'étant assuré que l'hémorrhagie est terminée, on ferme la paroi abdominale. Durée totale de l'opération 35 minutes.

Les recherches microscopiques ont démontré que la tumeur était un myome.

Le quatorzième jour la malade quitte la maison de santé en très bon état.

Obs. VII. — Prise dans *Deutsche medicinische Wochenschrift* par le Docteur A. Martin le 24 mai 1880.

La malade âgée de 35 ans, réglée à l'âge de 17 ans, toujours bien réglée toutes les 4 semaines, les règles duraient 4 ou 5 jours sans douleur, mais pas très abondantes. Dans la dernière année les règles étaient accompagnées de douleurs atroces dans le bas-ventre. Dans les intervalles, la malade perdait un liquide couleur claire, teinté de sang. Cet état décida la malade à s'adresser au commencement d'octobre dans une maison de santé où elle resta jusqu'à Noël. Elle était traitée par des injections sous-cutanées d'ergotine, sans résultats. Elle quitte l'hôpital, mais les douleurs deviennent encore plus fortes ; la malade souffre beaucoup, perd l'appétit, éprouve une lassitude extrême, des vertiges, les jambes sont enflées, et se sentant dépérir, elle s'adresse au Docteur Martin dans sa maison de santé privée. A son entrée, on constate que la malade était d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une pâleur de cire, très anémiée et avait de l'œdème des paupières et des membres inférieurs. Les bruits du cœur sont bons. A la palpation on sent une tumeur ovoïde dure et lisse. Au toucher le col est dur

épaissi et accessible. Un autre examen fait sous chloroforme a confirmé les premières constatations. Les ovaires n'étaient pas sentis par le palper et le toucher combinés.

La malade se trouvant dans un état d'extrême affaiblissement à cause de son hémorrhagie, on s'est senti obligé d'intervenir et comme les injections d'ergotine n'ont donné aucun résultat, il fallait opérer.

Mais la question se posait par quelle voie, abdominale ou vaginale ? Le 12 mai, au matin, on introduisit une tige de laminaire dans le col et le soir on la retira, alors on put introduire le doigt et examiner la cavité utérine et sentir la partie inférieure d'une tumeur siégeant à la paroi postérieure de l'utérus par une large base d'implantation. Comme la dilatation n'était pas suffisante pour l'opération, on plaça un dilatateur de Barnes et quand il était retiré le lendemain matin, le col se referma sur le doigt de l'examineur, mais restant quand même perméable au point qu'on puisse sentir la partie inférieure de la tumeur.

On introduisit deux ballons de Barnes, un dans le corps et l'autre dans le col, l'utérus réagit par des contractions douloureuses et le col se referma au bout de 12 heures, mais admettant toujours le doigt. L'histéromètre donna 17 cm de longueur de l'utérus. Toutes ces manipulations et des injections antiseptiques souvent répétées ont beaucoup affaibli la malade.

On décida l'opération par la laparatomie. Mais avant l'on essaya de remonter les forces de la malade par une bonne nourriture pendant une dizaine de jours.

Le 24 mai. — M. Martin fit l'opération assisté par MM. Biurge,

Bruehner et Vervasser. L'incision fut faite sur la ligne blanche de 12 centimètres mais dut être agrandie de 5 centimètres ; la plaie saigna légèrement.

Par l'incision abdominale on délibère l'utérus augmenté de volume, en partie par des pinces de Museux, en partie par les mains. On fit une construction par des tubes de caoutchouc autour du col et des ovaires.

Alors on incisa le fond et la paroi antérieure de l'utérus comme dans la césarienne, et l'on aperçut la tumeur qui était placée dans une loge musculaire très épaissie. La tumeur sous-muqueuse occupa la paroi postérieure et le fond de l'utérus. La muqueuse fut fendue et la tumeur énucléée de sa loge. Un polype muqueux, siégeant sur la paroi postérieure fut enlevée par un coup de ciseau. L'incision et l'ablation de la tumeur étaient presque à blanc. La loge du fibrome fut recousue par 4 points de suture. Les parois furent affrontées et la muqueuse dans la cavité utérine cousue par 6 points de suture.

On ferma la cavité utérine en partie par des sutures superficielles, en partie par des sutures profondes. Le tube de caoutchouc fut enlevé et le sang afflué, fut épongé.

On fit encore 2 points de suture et on réintégra l'utérus dans la cavité abdominale. On procéda à la toilette qui était très courte, car la plaie ne saignait presque pas et l'on n'avait qu'une seule éponge dans la cavité de Douglas. On ferma la plaie abdominale par des points de suture profonds et superficiels et l'on plaça un pansement ouaté. L'opération dura 1 heure 30 m. Les injections employées pendant l'opération étaient à l'acide phénique à 2 0/0. En outre la salle d'opération était comme cela se fait toujours dans la clinique du Dr Martin, un

jour avant, pendant 6 heures, désinfectée par des vaporisations phéniquées à 5 0/0.

La malade transportée sur son lit, avait sur son ventre un sachet de glace. Elle revint très tard de sa narcose, puis elle tomba dans le collapsus qui dura 2 heures, la température était à 35°,2, le pouls petit. Après, la malade eut des hoquets et des vomissements, les sueurs froides baignaient la peau, la malade ne réagissait point. Peu à peu le pouls et la température montèrent à 100 pulsations et à 37°. Les vomissements persistent et la malade ne peut pas uriner sans être sondée. Deuxième jour, malgré les injections de morphine la malade n'a pas dormi ; mais la température et le pouls oscillent dans la journée, entre 37°,1 et 38°,2 et 104 à 116.

Troisième jour. — La malade dort après une injection de morphine et eut sa première garde-robe. Depuis ce jour, la malade marcha vite vers la guérison.

On faisait 3 injections phéniquées par jour à cause d'un écoulement fétide.

La nourriture se composait les 4 premiers jours du lait donné par cuillerées et après le cinquième jour, d'une nourriture plus substantielle. Le huitième jour on change le pansement. La plaie fermait jusqu'au mont de Vénus, à 2 centim., et demi. L'angle supérieur paraît légèrement infiltré et rouge, mais à la pression on n'obtient pas de gouttelettes de pus. Le dixième jour, apparaît dans l'angle supérieur un léger écoulement purulent, la sécrétion de l'angle inférieur est abondante et d'une odeur nauséabonde.

On commença à nettoyer la place 2 fois par jour. Le 12, la malade se trouve très bien, a bon appétit et se lève pour la première fois.

La sécrétion est tarie, le pouls est de 70 à 80, la température de 37° à $37^{\circ},4$.

Le treizième jour la malade quitte l'hôpital, la plaie est complètement cicatrisée.

CONCLUSION

Le traitement des tumeurs fibreuses est chirurgical. La voie est vaginale ou abdominale.

Vaginale quand la tumeur est relativement peu volumineuse, ne dépasse pas la symphise pubienne de plus de trois travers de doigts. La voie à suivre est encore vaginale chez les femmes obèses à paroi abdominale très épaisse, mais il faut que le fibrome ne soit pas trop volumineux.

Dans d'autre cas c'est à la voie abdominale que le chirurgien donnera sa préférence.

Quelle que soit la voie adoptée, l'idée dominante reste la même, c'est de conserver l'utérus dans la mesure du possible, si la femme est jeune et s'il n'existe pas de lésion concomitante des annexes.

Cette manière de voir est d'autant plus fondée que nous pouvons invoquer à son appui des faits de femmes ayant accouché à terme d'enfants bien portants après avoir subi plusieurs opérations césariennes, faits consignés dans divers traités d'accouchement et dans des observations de M. Bar.

C'est presque toujours par l'hystérotomie qu'il faut commencer, quitte à terminer par l'hystérectomie, si au cours de l'opération on constate que la tumeur supposée unique est réellement multiple et disposée de telle façon que son

énucléation est matériellement impossible, si la nature de la tumeur a tendance à subir une transformation maligne et si les annexes sont compromises par les lésions concomitantes.

BIBLIOGRAPHIE

Gannat. — Thèse, 1897.

Ricard. — Gazette des hôpitaux, 14 octobre 1899, p. 1082.

Schwartz. — Semaine gynécologique, 24 novembre 1896,
n° 43, p. 337.

Sebileau. — Gazette médicale de Paris, 9 janvier 1897, n° 2,
page 16. Revue de chirurgie, 1889, p. 284.

Péan. — Annales de gynécologie, 1885, p. 345.

Bouilly. — Bulletin et mémoire de 1889, congrès de Bruxelles.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Doyen. — Congrès de Genève, 1896. Archive provinciale de
chirurgie, 1893. Annales de gynécologie et d'obsté-
trique, août-septembre 1899.

Second. — Congrès français de chirurgie, 1895.

Quénu. — Semaine de gynécologie, 10 mars 1896.

Delbet. — Traité de chirurgie. T. VIII.

Chaput. — Annales de gynécologie. T. XXXVII, p. 43,

Veit. — Société obstétricale et gynécologique de Berlin du 22
novembre 1895.

Tillaux. — Traité de chirurgie. T. II.

Freund. — Zum Entfernung submucosen Myome durch die
Laparotomie Cent. für gyn., 1888, n° 49, p. 801.

Chevrier. — Nouv. Archives d'obstét. et de gyn., 1891, pages
201, 279, 314, 364.

Martin. — Deutsche medicinische Woch., 1880, n° 27.

Czempi. — Zeit für Geb. und gyn., 1888. Heft. I, p. 223.

Nagel. — Cent., für gyn., 1886, n° 31, p. 497.

Vu : le Président de la thèse

TILLAUX

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE	9
HISTORIQUE	14
DÉFINITION	17
DEUXIÈME PARTIE. DESCRIPTION	18
Première observation	23
deuxième —	25
troisième —	26
quatrième —	28
cinquième —	28
sixième —	29
septième —	31
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	33

